ÜBER ABORTUS,

ERZEUGT DURCH

PLACENTA PRAEVIA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. JOHANN v. SÄXINGER
O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER K. FRAUENKLINIK.

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

EUGEN SCHULZ
PRAKT. ARZT IN WURZACH.

TÜBINGEN, 1894
DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

ÜBER ABORTUS,

ERZEUGT DURCH

PLACENTA PRAEVIA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. JOHANN v. SÄXINGER
O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER K. FRAUENKLINIK.

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

EUGEN SCHULZ
PRAKT. ARZT IN WURZACH.

TÜBINGEN, 1894
DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0060

In nachstehendem möchte ich aus der Tübinger geburtshilflichen Klinik einen Fall mitteilen, der weiteres Interesse beansprucht.

Frau Dorothea Bauder aus L., 39 Jahre alt, hat bisher 10mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Die letzte Periode hatte sie anfangs März. Unter den 10 Geburten wurde einmal die Zange mit Erfolg, einmal ohne Erfolg bei Gesichtslage angelegt und deshalb die Wendung gemacht; 3mal musste die Placenta gelöst werden; einmal wurde ein Kind wegen Steisslage mit dem stumpfen Hacken extrahiert. Bei allen Geburten war immer eine starke Blutung in der Nachgeburtsperiode, weshalb jedesmal der Arzt gerufen werden musste. Die Frau gibt an, sie habe vor 12 Wochen, in der fünften Woche der Schwangerschaft, abortiert; seither, also seit 12 Wochen, blute sie immerfort; wehenartige Schmerzen, auch solche im Kreuz seien stets vorhanden. —

Seit 8 Tagen wurde die Frau »wegen Abortusresten« mit Bettruhe und Mutterkornextrakt, aber ohne Erfolg behandelt.

Zu ihrer Hierherreise hat die Frau $2^{3}/_{4}$ Stunden teils zu Wagen teils mit der Bahn zurücklegen müssen.

Am 4. VII. kommt die Frau morgens gegen $10^{1}/_{2}$ Uhr in die Ambulanz der Klinik. Die Untersuchung ergibt:

Der Fundus uteri steht 2—3 Querfinger unter dem Nabel und kontrahiert sich bei Betastung.

Aus der Scheide werden zwei, von der Hebamme eingelegte Tampons entfernt. Aeusserlich ist nichts von einem Kindsteil durchzufühlen. Nach Entfernung der Tampons kommt etwas Blut aus der Scheide. Das Becken ist normal. Temperatur im After 38,2 C. Der Vaginalteil ist verschwunden; der äussere Muttermund zeigt auffallend viele Einrisse, steht nach links und hinten und ist bequem für zwei Finger durchgängig. Ueber dem innern Muttermund fühlt man einen Teil der Placenta deutlich vorliegen. Die Placenta selbst sitzt nach rechts, aber auch nach vorn. Nach links fühlt man die stehende Fruchtblase. Kindsteile sind nicht durchzufühlen. — Die Frau blutet ziemlich stark; es werden deshalb mehrere eiskalte Ausspülungen gemacht; hierauf wird, da die Blutung nicht steht, die Scheide mit Jodoformgaze austamponiert und eine Secaleinjektion gemacht, um Wehen anzuregen.

Am gleichen Tage, nachmittags gegen 3½ Uhr wird der Arzt gerufen, weil die Frau unter Wehen durch den Tampon durchblutet. — Der Scheidentampon wird sofort entfernt und die Blase gesprengt in der Hoffnung, dass sich die Placenta samt dem Uterus retrahieren würde. Sofort nach dem Blasensprung kommt es zu einer überaus profusen Blutung, welche nach Messung über ein Liter betragen hat. Es wird deshalb sofort in den etwa Dreimarkstück-grossen Muttermund eingegangen, um das Kind zu extrahieren und die Placenta zu entfernen.

Das Kind, ein Mädchen, welches in erster Hinterhauptslage liegt, wird mit zwei Fingern, welche um den

Hals gelegt werden, mit Leichtigkeit extrahiert. Das Kind, welches dem Anfange des 5. Monats entspricht, schreit nach der Geburt und bewegt die Extremitäten. Sofort nach der Extraktion kommt es zu einer zweiten, sehr profusen Blutung, weshalb die rechts und vorn sitzende Placenta sofort manuell entfernt wird, was ohne besondere Mühe leicht gelingt; auch nach Lösung der Placenta tritt wieder eine Blutung ein. — Die Frau wird im Gesicht blass; der Puls wird schlecht fühlbar, weshalb mehrere Kampheräther-injektionen gemacht werden. Um den sehr schlaffen Uterusmuskel zur Kontraktion anzuregen werden fünf Secaleinjektionen gemacht. Der Uterus kontrahiert sich nicht, weshalb sofort die Uterushöhle mit eiskaltem Wasser ausgespült wird, aber ohne besonderen Erfolg: die Blutung dauert an. Es wird nun, um der Blutung Einhalt zu thun, die Uterushöhle und die Scheide mit Jodoformgaze und Watte austamponiert, wobei 14 m Jodoformgazestreifen (7 cm breit) und etwa 3 m Wattestreifen benützt werden. Die Blutung hört einige Minuten auf. Während dieser Zeit kollabiert die Kreissende mehr und mehr; der Puls ist nicht mehr zu fühlen, die Extremitäten werden blass und kalt. Die Frau erhält viel Champagner und Wein, ebenso reichliche Kampferätherinjektionen und solche von 0,6% Kochsalzlösung: jedoch schreitet der Zerfall immer weiter. Die Beine werden nun hochgelagert und mit Flanellbinden eingewickelt. Ein Cognacklystier, welches verabreicht wurde, konnte wegen der Schlaffheit des Anus nicht gehalten werden. — Trotz der energischen Tamponade kommt es jetzt doch wieder zu einer ausgiebigen Blutung aus der Scheide; der Puls ist nicht mehr zu fühlen; die

Frau kollabiert mehr und mehr. Seit der Geburt sind jetzt 1 1/4 Stunden verstrichen. Die Extremitäten sind kalt, das Gesicht blass. — Es werden nun die Tampons aus Scheide und Uterus entfernt; der Uterus ist sehr schlaff und hat nicht die Tendenz sich zu kontrahieren. Es werden heisse und kalte Ausspülungen gemacht, ebenso solche mit Eisenchloridlösung: aber alles ohne Erfolg. Der schlaffe Uterus lässt sich durch anhaltendes Kneten, Massieren, Ausspülen und durch mehrere Secaleinjektionen nicht zu Kontraktionen anregen. Er fühlt sich wie ein schlaffer Sack an, ist teilweise invertiert und bekommt absolut keine Form. Erst gegen 4 3/4 Uhr, direkt vor dem exitus letalis, beginnt der Uterus sich zu formieren, aber nicht hart zu werden. Die Blutung steht allerdings, weil die Frau schon vollständig verblutet ist; gegen 5 Uhr tritt der Tod ein.

Auszug aus dem Sektionsprotokoll:

Die Placenta zeigt eine ungleichmässige Entwicklung der Kotyledonen; so imponiert besonders ein mächtig entwickelter, etwa Hühnerei grosser Kolyledo, der in Grösse und Form, sowie Lokalisation genau einer muldenförmigen Ausbuchtung der zugehörigen Uteruswand entspricht; er besitzt eine derbe und ziemlich glatte Oberflächenbeschaffenheit. Die mikroskopische Untersuchung seiner Deckschicht ergibt, dass dieselbe durchweg aus Deciduagewebe besteht: in den oberen Schichten aus spongiöser, in den unteren aus kompakter Substanz. Von glatten Muskelfasern ist nichts zu entdecken.

Epikrise.

Diese Geburt trat unter den für Placenta praevia charakteristischen Symptomen in Gang; in ihrem Verlaufe traten äusserst heftige Blutungen auf, deren man nicht Herr werden konnte. Der Grund hiezu lag in der hochgradigen Kontraktionsunfähigkeit des Uterusmuskels, die in so hervorragender Weise den ganzen Geburtsverlauf beherrschte. Um diese völlig aufzuklären, müssen wir auf die früheren Geburten der Frau zurückgreifen. Diese hat bis zum 36. Lebensjahre 10 Geburten mitgemacht, wovon nicht eine normal verlief. Denn bald wurde die Zange angelegt mit und ohne Erfolg; bald wurde auf die Füsse gewendet, bald mit dem stumpfen Hacken extrahiert; und 3mal musste die Placenta künstlich gelöst werden. So häufig notwendige Operationen — bei normalem Becken — und so regelmässig wiederkehrende atonische Nachblutungen können nur einem von Hause aus energieschwachen, schlecht kontraktilen Uterusmuskel zur Schuld gerechnet werden, der funktionell den Anforderungen für den normalen Verlauf einer Geburt nicht gewachsen war. Durch die sich häufenden Schwangerschaften, durch die jedesmaligen starken Blutverluste, vielleicht auch durch öfters ungenügende Involution und durch die verschiedenen geburtshilflichen Eingriffe erfuhr das Organ gewiss noch mannigfache Schädigungen (z. B. »der Muttermund zeigt auffallend viele Einrisse«).

Dass auch endometritische Prozesse sich abgespielt haben dürften, lässt die mehrmals notwendig gewordene manuelle Lösung der Placenta vermuten. Dieser Uterus

war also offenbar für weitere Geburten funktionell minderwertig, da er in ausgeprägter Weise zu Atonie und deren Folgen disponiert war.

Unter solchen Umständen nun kam die Frau, zum 11.mal schwanger, stark verblutet und durch die Reise erschöpft in die Klinik und abortierte noch am selbigen Tage, im 5. Monate der Gravidität, bei seitlich aufsitzendem Mutterkuchen. Bei Placenta praevia ist neben andern Unregelmässigkeiten besonders die Kontraktionsschwäche des Uterus, während und nach der Geburt eine fast ständige Begleiterscheinung, gleichgültig in welchem Monat der Schwangerschaft, und zwar wegen der Wandschwäche des ganzen Organs sowohl wie wegen der mangelhaften Entwicklung des unteren Uterinsegmentes. Nun waren die früheren Geburten der Frau stets von Wehenschwäche begleitet; trat diese also bei normal beendigter Gravidität so leicht und gerne ein, so musste sie im jetzigen Falle voraussichtlich um so mehr und stärker zum Ausdruck kommen. Denn zu Beginn des 5. Monates konnte dieser Uterus, nach seiner oben geschilderten Qualität, zu dem notwendigen Mass von Kontraktionen noch weniger befähigt sein. Und in der That, nur kurze Zeit durch Wirkung des Scheidentampons und einer Secaleinjektion traten einige Wehen auf; nach Entfernung des Tampons verschwanden sie und kehrten nie wieder. Damit war schon unter der Geburt Grund genug zu profusen Blutungen gegeben. Denn erfahrungsgemäss ist bei Placenta praevia die Blutung um so geringer, je besser und rascher die Kontraktionen einsetzen, insbesondere noch bei lateralem Sitze. — Wegen der durch die fortwährenden Blutungen augenscheinlichen

Bedrohung des Lebens der Frau, sah man sich genötigt, die Geburt zu beschleunigen; nach jedem Eingriff stürzten neue Massen von Blut nach, da der Uterus trotz der Raumverkleinerung und selbst nach seiner totalen Ausräumung sich nicht kontrahierte: durch die grossen Blutverluste hatte er eben noch mehr an Kraft und Energie verloren. Die Frau bot nach der Entbindung das ausgeprägte Bild schwerster akuter Anämie, während der schlaffe Uterus auf gar keinen Reiz reagierte. Bei der allgemeinen Energielosigkeit herrschte an der muskulös schwach entwickelten Placentarstelle volle Paralyse, so dass die blutenden Gefässe nicht im Stande waren, sich zurückzuziehen und zu schliessen. Der ganze Muskel, nach wie vor unempfindlich und nicht fähig zur geringsten Kontraktion verharrte »wie ein schlaffer Sack« in totaler Atonie. Vergeblich wurde hiegegen, wie in der Geburtsgeschichte geschildert, der ganze verfügbare Apparat ins Feld geführt; an einem derartig torpiden, indolenten und energielosen Verhalten des Organs musste jeder Erfolg scheitern. — Unter dem Einfluss der unstillbaren Blutungen sanken denn auch rasch die Kräfte der Frau trotz energischer Reizmittel und trotz subkutaner Flüssigkeitszufuhr: es kam zur vollen Verblutung. —

Von Interesse ist noch die Placenta. Bei Placenta praevia kommen so häufig Abnormitäten der Placenta vor, dass man einen Zusammenhang annehmen muss (J. Veit). Hier haben wir eine solche von ungleichmässiger Entwicklung in den einzelnen Partien, so dass z. B. ein Kotyledo bis zu Hühnereigrösse angewachsen ist. Diese seltene Varietät ist entstanden durch übermässige Wucherung, auf

Grund wohl von stärkerer Nahrungszufuhr gegenüber den andern Kotyledonen.

Diesem hypertrophierten Kotyledonen entsprach in der Uteruswand eine muldenförmige Vertiefung, die das manuelle Lösen der Placenta unter Umständen durch erschwerte Zugänglichkeit hätte wesentlich behindern können.

Anschliessend möchte ich einen weiteren Fall von Abortus bei Placenta praevia mitteilen, der mir als Vertreter des Herrn Dr. Baur in Wiesensteig vorkam. Die damals gemachten Notizen habe ich mir hiezu ergänzen lassen.

Frau Margaretha Riesler in M., bisher angeblich stets gesund, hat 2mal regelmässig geboren; letzte Periode anfangs April 1889. — Am 20. September desselben Jahres wurde ich zu der Frau gerufen, da nach Aussage der Hebamme ein Abort im Gange sei. Die Frau hatte schon 14 Tage zuvor ohne bewussten Grund eine starke Blutung gehabt, die von selbst wieder stand. Jetzt blute sie seit mehreren Stunden stossweise. —

Die Hebamme hatte deshalb bisher eiskalte Eingiessungen gemacht und die Scheide tamponiert.

Nach Entfernung der Tampons fand sich hinter denselben koaguliertes Blut. Der Vaginalteil war völlig verstrichen. Durch das lockere Scheidengewölbe war eine weiche, nachgiebige Masse vorliegend durchzutasten, die sich wie ein Schwamm anfühlte. Der Muttermund war für einen Finger durchgängig; über demselben lag eine

unzerdrückliche, etwas resistente Masse, die sofort den Eindruck des Placentargewebes machte. Der ganze Kuchen umgab den Muttermund nach allen Seiten hin gleichmässig weit, fast konzentrisch. —

Im weiteren Verlauf traten nun mehrere starke Blutungen unter wenig ausgiebigen, schwachen Wehen auf. Ich machte jedesmal eiskalte Ausspülungen, worauf die Blutungen rasch zum stehen kamen. Dennoch wurde die Frau sehr anämisch, so dass ich, als der Muttermund für zwei Finger gut durchgängig war, die Placenta auf der einen (rechten) Seite löste und die Blase sprengte. Der auftretende Blutverlust war ziemlich stark. Während des Blasensprungs kamen die Füsse mir von selbst auf die Hand, so dass das Kind leicht in die Scheide gezogen werden konnte. Es kamen nun rasch einige kräftige Wehen, die das tote Kind und hinterher sogleich auch die Placenta zu Tage förderten. Ohne weitere Zufälle machte die Frau ein regelmässiges Wochenbett durch und erholte sich bald. Ob dieselbe noch weitere Geburten hatte, konnte ich nicht erfahren.

Fragen wir nun nach den Ursachen dieser Art von Abortus, so ist zunächst zu berücksichtigen, dass Placenta praevia zu Abortus disponiert.

Wenn wir auch nicht mit Ritgen annehmen wollen, dass die meisten Fälle von spontan eintretendem Abort auf Placenta praevia beruhen, so können wir doch sagen, dass der Abort hiebei viel häufiger eintritt, als derartige

Fälle mitgeteilt werden. Nach Seyfert »mag Placenta praevia häufig als Ursache von Abort vorkommen, wie schon D'Outrepont beobachtete; doch wird sie da nicht selten übersehen«. Er selbst habe einigemale Gelegenheit gehabt, im vollen Gang befindliche Aborte zu untersuchen, und habe sich 2mal mit dem in den Uterus eingeführten Zeigfinger überzeugt, dass die in den Muttermund hereinragende Placenta nahe am Cervix noch fest haftete. Wenzel fand an einer Menge von Abortiveiern die Placenta an der untersten Stelle der Eihülle. D'Outrepont konnte in 3 Fällen von Abortus feststellen, dass die Placenta zuerst hervortrat (L. Müller).

Den Anlass zum Abort geben meist Blutungen in und um das Ei, die den Uterus zur Ausstossung desselben anregen und veranlassen.

Wenn man in Betracht zieht, dass die mit stark ausgedehnten, dünnwandigen und in Blutfülle strotzenden Gefässen versehene Placenta an einer Stelle sitzt, wo sie jeder Insult stärker und empfindlicher trifft, als wenn sie oben im Fundus an normaler Stelle haftet, so werden Fälle wohl denkbar sein, wo eine geringe mechanische Veranlassung zu Ruptur und Apoplexie führen. Viel häufiger aber dürften diese Blutungen ihren Grund haben in Krankheiten der Eihäute, endometritischer Natur. Wird ja doch gerade die Endometritis für die Bildung von Placenta praevia zur Zeit fast ausschliesslich verantwortlich gemacht. Nach J. Veit's eigener Erfahrung gibt es kaum einen Fall von Placenta praevia, wo nicht nekrotische Teile — weisser Infarkt — vorkommen; sowohl diffuse, schwartenartige Verdickungen unter dem Amnion, wie Fibrinkeile findet man

ziemlich häufig. Dieser weisse Infarkt ist eine Folge von Endometritis (Schröder).

Haben wir für unsern ersten Fall auch keinen weiteren Anhaltspunkt für den Grund des Eintritts des Abortes, so weist doch die mehrmals notwendig gewordene Placentalösung ziemlich deutlich auf endometritische Vorgänge. Diese entzündlichen Prozesse führen zu Obliteration in den Eihäuten und durch die nun entstehenden kollateralen Fluxionen kommt es leicht zu Rupturen der ohnedies sehr brüchigen Gefässe, so dass an beliebigen Stellen der Eihäute Blutungen auftreten können. Am häufigsten sind Extravasate in die Serotina; in ihr kommen primäre Blutungen am häufigsten vor als Folge früher bestandener Endometritis (Winkel). Die Blutungen haben hier ihren Sitz nicht allein im Gewebe der Placenta selbst, zwischen Serotina und Chorion, sondern auch zwischen Chorion und Reflexa, oder auch noch unter dieser.

Kleinere und in ihrem Sitze weniger differente Koagula können sich in regressiver Metamorphose organisieren und zur Bildung jener Schwarten und Fibrinkeile führen. Ist aber durch die Extravasate das Gewebe der Placenta in weiterem Umfange zerrissen und verdrängt, so wird der Kontakt des mütterlichen und foetalen Kreislaufes behindert, das Ei komprimiert und losgelöst. Hiedurch wird der Uterus zu Kontraktionen angeregt und zur Ausstossung seines Inhalts als Abortus veranlasst.

Droht nun ein solcher Abort, so ist er zunächst mit absoluter Ruhelage zu bekämpfen. Daneben kann Opium in nicht zu kleinen Gaben gereicht werden. Vaust teilt einen Fall mit, wo bei einer IV. Para bei Placenta praevia

lateralis am Ende des 6. Monates Abort sich einstellen wollte und auf 24 Tropfen Laudanum Blutung und Wehen zum Stillstand kamen, so dass die Geburt erst nach 2 Monaten eintrat. Gegen das hervorstechendste Symptom des Abortus, die Blutung, versuche man eiskalte Wasserinjektionen mit der Vorsicht, dass man hiebei jede Dehnung und Zerrung am Scheidengewölbe zu vermeiden sucht.

Ist der Abort nicht mehr aufzuhalten, so ist jede neue Blutung in eben genannter Weise zu behandeln. Einzelne Autoren (Winkel, Zweifel etc.) empfehlen zur Blutstillung die sofortige exakte Tamponade der Scheide. Zahlreiche Geburtshelfer (Schröder, Runge etc.) verwerfen dieses Verfahren oder lassen es nur in ganz beschränktem Masse zu z. B. bei undurchgängigem Cervix. An hiesiger Klinik (v. Säxinger) wird der Tampon bei Placenta praevia niemals zur Blutstillung verwendet, sondern nur in seiner richtigen Wirkungsart, wenn zur Beförderung der Geburt Wehen erzeugt werden sollen.

Während nun die Anhänger des Tampons in der Regel mit einem weiteren Eingriff in die Geburt warten, bis unter Einwirkung jenes der Muttermund völlig erweitert ist, halten die meisten modernen Autoren ein aktives Vorgehen für indiziert, sobald der Muttermund 2—3 Markstückgross erweitert ist. Bei Placenta praevia lateralis kann man in diesem Fall nun versuchen die Eihäute im Muttermund ausgiebig zu zerreissen und so hoffen, dass sich die Placenta mit dem Uterus in die Höhe ziehe. Bei Placenta praevia centralis dagegen wird die Placenta auf der einen Seite gelöst, bis man an die Eihäute gelangt; nun wird die Blase gesprengt und sofort die kombinierte Wendung nach

Braxton-Hicks angeschlossen. Letzteres muss auch bei lateralem Sitze geschehen, wenn nach dem Blasensprung die Blutung fortdauert oder eine neue einsetzt.

Ueber die weitere Behandlung der Geburt nach der Wendung sind die Ansichten geteilt. Während die einen ein durchaus exspektatives Verhalten verlangen und die Geburt der Natur überlassen, wenn nicht zwingende Indikationen zu deren Beschleunigung vorliegen, schliesst v. Säxinger an die Wendung stets die Extraktion des Kindes und manuelle Lösung der Placenta an. Es geschieht dies in der Absicht, stärkere Blutungen, die ja sehr häufig auch noch nach der Wendung und insbesondere in der Nachgeburtsperiode eintreten, prophylaktisch hintanzuhalten.

Die nächste Zeit nach Entleerung des Uterus ist streng zu überwachen, da derselbe gerne zu Atonie neigt, insbesondere beim Abort, wo der Uterus meist kontraktionsschwach ist. Deshalb empfiehlt sich nach der Geburt die exakte Tamponade der Scheide unter den strengen Regeln der Asepsis und die Fixierung des Fundus uteri über der Symphyse durch einen festen Kompressivverband (v. Säxinger).

In statistischer Beziehung möchte ich noch anführen, dass L. Müller bei einer Zusammenstellung von 856 Fällen von Placenta praevia 147 Aborte fand, während an der Berliner Univ.-Frauenklinik von 1874—1884 unter 286 Fällen 30 Aborte vorkamen.

Ich nehme nun Veranlassung meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. v. Säxinger für die gütige Ueberlassung des Materials und die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.